Natalya Streifer, FÄ f. Innere Medizin
Semptwiesen 1, 84174 Weixerau
08709-3444 / info@praxis-streifer.de

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Für eine optimale Betreuung und Behandlung in unserer Praxis ist es oftmals nötig, Befunde oder sonstige relevante Daten mit mitbehandelnden Ärzte/Psychotherapeuten oder anderen medizinischen Einrichtungen auszutauschen.

Deshalb bitten wir Sie, die nachfolgende Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht auszufüllen und zu unterschreiben.

_____	_____	_____
(Name)	(Vorname)	(Geburtsdatum)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und/oder Befunde zum Zwecke der Dokumentation sowie der weiteren Behandlung an andere Ärzte/Psychotherapeuten bzw. andere medizinische Einrichtungen übermittelt werden. Ebenso bevollmächtige ich die Praxis Streifer, derartige Daten von anderen Ärzten/Psychotherapeuten bzw. anderen medizinischen Einrichtungen anzufordern.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Zudem erteile ich folgenden Personen eine Vollmacht, um für mich Befunde, Rezepte, Überweisungen oder sonstige Dokumente in der Praxis Streifer entgegenzunehmen (Achtung: Legitimation nur mit gültigem Personalausweis!).

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(Name)	(Vorname)	(Beziehungsstand)

Aus Gründen des Datenschutzes ist es uns leider nicht möglich Befunde o.ä. per E-Mail zu versenden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

_____	_____
(Ort/Datum)	(Unterschrift)